

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の結果について

平成21年5月20日
中央社会保険医療協議会
診療報酬改定結果検証部会

1 特別調査(平成20年度調査)の実施について

診療報酬改定結果検証部会(以下、「検証部会」という。)では、平成20年5月21日に策定した「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成20年度早急に着手する項目として、次の5項目を選定し、調査を行った。

- (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- (2) 外来管理加算の意識付けの見直しの影響調査
- (3) 後発医薬品の使用状況調査
- (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
- (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2

この特別調査は外部委託により実施することとし、実施に当たっては調査機関、検証部会委員、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を経て行った。調査結果については、調査報告書案として平成21年4月22日に開催した当検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。その結果を取りまとめたので以下に報告する。

1

- ・ 医師への経済面での処遇改善について、45.0%の施設が「改善した」と回答し、53.7%の施設が「変わらない」と回答した。(45ページ:図表48)
- ・ 「改善した」施設のうち36.2%が基本給を増やしたと回答し、75.4%が手当を増やしたと回答した。(46ページ:図表49)
- ・ 特定の診療科に勤務する医師に対して手当を増やしたと回答した施設について、手当を増やした特定の診療科の内容をみると、「産科又は産婦人科」の78.7%が最も多かった。(51ページ:図表54)

<医師責任者調査・医師調査>

- ・ 直近1週間の平均実勤務時間は、医師責任者で58.0時間、医師で61.3時間と回答。
- ・ 医師の平均勤務時間を科別で見ると、最も長いのが救急科で74.4時間、最も短いのが精神科で51.1時間であった。(90、91ページ:図表105、106)
- ・ 平成20年10月における1か月あたり当直回数は、医師責任者で平均1.61回、医師で平均2.78回であった。(平成19年10月 医師責任者 平均1.75回、医師 平均2.92回)
- ・ 特に「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均2.90回、医師で4.51回、(平成19年10月 医師責任者 平均3.25回、医師 4.75回)「救急科」においては、医師責任者で平均2.73回、医師で5.48回であった。(平成19年10月 医師責任者 平均3.13回、医師 5.65回)(92、94ページ:図表107、109)
- ・ 平成20年10月における1か月あたり連続当直回数は、医師責任者で平均0.07回、医師で平均0.13回、平成19年10月における平均回数とほぼ同じであったが、「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均0.29回、医師で平均0.40回(平成19年10月における平均回数は医師責任者0.40回、医師0.47回)であった。(96、98ページ:図表111、113)
- ・ 各診療科における入院・外来診療に係る業務負担の変化について「軽減した」と回答した医師責任者は、入院では7.3%、外来では6.0%である一方で、「増加した」は、それぞれ43.3%、38.3%であった。
- ・ また、施設における各勤務医負担軽減策の取り組みの有無別に見ると、すべての取り組みで、「取り組んでいる」施設の医師責任者の方が「取り組んでいない」施設の医師責任者より「軽減した」と回答した割合がやや高かったものの、大きな差は見られなかった。(103、107ページ:図表118、123)
- ・ 各診療科における医師の勤務状況の変化について、医師責任者の16.8%が

3

2 「病院勤務医の負担軽減の実態調査」の結果について

(1) 調査の目的

病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、および病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

平成20年7月1日現在で「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている病院、1,151施設に対し、平成20年12月に調査票を発送。

<医師責任者調査・医師調査>

調査対象となった病院における診療科責任者及び医師を調査対象とした。1施設当たり医師責任者最大8名(各診療科につき1名×最大8診療科)、医師最大24名(各診療科につき3名×最大8診療科)。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数:1,151施設 回収数:516施設(回収率44.8%)

<医師責任者調査・医師調査>

医師責任者 2,389件、医師 4,227件

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ 施設基準の届出状況についてみると、調査対象施設のうち「入院時医学管理加算」については14.3%、「医師事務作業補助体制加算」については65.7%、「ハイリスク分娩管理加算」については60.1%の施設が「届出をしている」と回答。(5ページ:図表2)
- ・ 病院勤務医の負担軽減策として、「医師・看護師等の業務分担」をはじめ5つの負担軽減策を設定し、当該施設の取組状況をきいたところ、「医師事務作業補助体制」に77.1%、「連続当直を行わない勤務シフト」に71.9%、「医師・看護師等の業務分担」に56.4%、「当直後の通常勤務に係る配慮」に45.2%、「短時間正規雇用の医師の活用」に25.4%が「取り組んでいる」と回答した。(34ページ:図表37)

2

- ・ 「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、41.3%が「変わらない」、40.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(111ページ:図表128)
- ・ 医師責任者に対して、取り組んでいる勤務負担軽減策として9つの項目を設定し、その効果について質問したところ、「効果があった」と及び「どちらかといえば効果があった」との回答が6割を超えたのは、「医師事務作業補助者の配置」(72.8%)、「常勤医師の増員」(70.7%)、「非常勤医師の増員」(67.8%)、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」(66.4%)、「連続当直を行わない勤務シフト体制」(64.8%)であった。(123ページ:図表140)
- ・ 医師への経済面での処遇改善について、基本給では6.8%の医師責任者が増えたと回答。診療科別の基本給では、増額したと回答したのは脳神経外科11.3%、産科・産婦人科10.2%、整形外科6.9%の順である。(124ページ:図表141)
- ・ 手当については、医師責任者の10.9%が増えたと回答。診療科別の手当では、増額したのは産科・産婦人科19.9%、脳神経外科14.4%、救急科14.0%、小児科14.0%の順。(125ページ:図表142)
- ・ 医師個人の1年前と比較した勤務状況の変化については、医師責任者の13.2%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、47.7%が「変わらない」、37.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。
- ・ また、医師は14.3%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、49.8%が「変わらない」、34.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(126ページ:図表143)
- ・ 日常業務において医師が負担が最も重いと感じている業務を二つ選択する質問については、医師責任者では「病院内の診療外業務」が24.0%、「外来診療」が23.4%であり、医師では「当直」が30.6%、「外来診療」が20.9%であった。(139、140ページ:図表156、157)
- ・ 医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務について、12の項目を設定した上で選択する質問(複数選択型)では、医師の50.8%が「診断書、診療録・処方せんの記載」、44.2%が「主治医意見書の記載」、29.0%が「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」、27.6%が「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力」と回答。(142ページ:図表160)
- ・ 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度について、医師責任者の42.2%、

4

医師の69.9%が「知らない」と回答。(143ページ：図表161)

業務分担当が進んだ項目として12の項目を設定した上で医師責任者及び医師に対して業務分担当が進んだかどうか尋ねたところ、医師責任者及び医師ともに、「診断書・診療録・処方せんの記載の補助」については約3割、「主治医意見書の記載の補助」については約2割が「進んだ」と回答した。

また業務分担当の軽減上の効果について「効果があった」とは「どちらかといえば効果があった」との回答が6割以上であったのは、①「静脈注射および留置針によるルート確保」、③「診断書・診療録・処方せんの記載の補助」、④「主治医意見書の記載の補助」である。いずれの項目においても、「医師責任者」に比べ「医師」の方が「効果があった」等の割合が少なかった。(145～160ページ：図表163～166、168、170、172～178)

(5) 検証部会としての評価

本調査では、医師の勤務時間や当直回数、処遇状況や負担軽減策の実施状況等について詳細な情報を提供してくれた。自由記載部分も含め今後のとるべき方策に大いに示唆を与えるものである。

ただし、本調査の対象は「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかを算定している施設であり、得られた結果についてはその点を留意する必要がある。これらの施設は比較的医療資源が豊富であると思われる施設であり、全ての施設において同様に普及していると受け取るべきではない。また、1年前と比較して医師個人の勤務状況に関して、医師責任者の場合13.2%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、37.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答している。医師の場合14.3%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、34.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答している。

調査結果が示すように、病院勤務医の状況はよいとは言えない。病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。特に施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みの有無で、入院・外来診療に係る医師の業務負担には大きな差違は認められないが、実際に負担軽減策の一環として業務分担当を進めている項目について「静脈注射および留置針によるルート確保」、「診断書・診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められるものもある。特に、後者の二つは

5

多くの医師が負担だと感じている業務であり、それだけに業務分担当の効果が大きく表れたと思われる。今後も引き続き更なる改善策の検討が必要だと考えられるが、その際には、現場の医師の方が医師責任者より業務分担当の効果が小さいと受け止める傾向があることを踏まえ、より効果的な方策を検討する必要がある。

診療報酬の要件についてみると、まず「入院時医学管理加算」については、平成20年7月1日現在の施設基準の届出数が88施設と少ないことが指摘される。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。

また勤務医負担軽減に関する計画については、医師責任者及び医師の認知度が低く、施設を挙げての体系的な取り組みが求められる。

勤務医不足を背景に一部の施設では医師に対する経済面の処遇改善が実施されているが、基本給もしくは勤務手当が増額されたと回答した医師責任者はそれぞれ1割程度であった。また、基本給の増額より手当を充実させている施設が多いことがわかった。

6

3 「外来管理加算の意識付けの見直しの影響調査」の結果について

(1) 調査の目的

外来管理加算の意識付けの見直しによる医療機関及び患者への影響を把握することを目的とした。

(2) 調査対象及び調査の概要

<施設調査>

全国の一般病床数が200床未満の病院の中から無作為抽出した1,500施設及び全国の一般診療所の中から無作為抽出した2,000施設に対し、平成20年11月に調査票を発送。

<患者調査>

施設調査の対象となった施設に、「算定あり」2名及び「算定なし」2名分の計4名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院調査 発送数：1,500施設 回収数：486施設(回収率32.4%)
診療所調査 発送数：2,000施設 回収数：585施設(回収率29.3%)

<患者調査>

1,933件

(4) 主な結果

<施設調査>

- 外来管理加算を算定している医療機関は、病院96.5%、診療所87.9%であった。(16ページ：図表21)
- 平成20年4月以降の外来管理加算の算定施設数は病院が8施設増加したが、診療所は39施設減少した。主たる診療科別に見ると病院では内科が10施設、診療所でも内科が6施設増加したが、一方で、診療所の眼科では29施設、耳鼻咽喉科では11施設が減少していた。(17、18ページ：図表23、図表25)
- 外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間は、病院7.3分、診療所7.5分であった。(20ページ：図表27)

7

外来管理加算の意識付けの見直しによる影響を把握するため、8つの項目についてどの程度あてはまるかを尋ねたところ、「より詳細に身体診察等を行うようになった」、「患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」、「患者の疑問や不安を汲み取るようになった」の選択肢について2～3割の病院・診療所が「大いにあてはまる」又は「ややあてはまる」と選択したのに対し、「患者1人あたりの診療時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」の選択肢については3～4割の病院・診療所が「大いにあてはまる」又は「ややあてはまる」と選択した。(22、24、26、27、31、33、35ページ：図表30、31、33、37、39、45、48、51)

望ましい「懇切丁寧な説明」の内容(「問診」、「身体診察」、「症状・状態/治療方針/処方薬についての説明」、「生活上の注意や指導」、「悩みや不安・疑問への対応」等)について、病院42.6%、診療所49.6%が「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した。また、このうち「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した施設に対して、項目毎に実施すべき頻度をきいたところ、「毎回実施すべき項目」として「問診」を8割以上、「身体診察」を約7割の病院、診療所が選択した(複数回答)。(38ページ：図表52、53)

<患者調査>

(改定前の)3月以前と比べて4月以降の診療に関して変化があったかどうかを尋ねたところ、「問診・身体診察」や「症状・状態についての医師からの説明」等の診療内容について、(改定前の)3月以前と変わらないとした患者が、「算定あり」「算定なし」いずれについても約9割を占めた。(52～56ページ：図表67～71)

外来管理加算の時間の目安については、回答のあった患者のうち、33.8%が「時間の目安は必要だ」を選択した一方、55.8%が「時間の目安は必要でない」を選択した。(77ページ：図表93)

また患者の属性毎の回答の違いを見ると、有効回答数が少ない場合もあるが、年齢階級別には、全ての年齢層で「必要でない」が「必要だ」を上回った。「必要だ」が多い年齢層の上位は順に「70～79歳」「60～69歳」「80歳以上」であり、「必要でない」が多い年齢層の上位は順に「30～39歳」「20～29歳」「40～49歳」であった(79ページ：図表97)。
受診した診療科別には、「脳神経外科」「眼科」では「必要だ」が「必要でない」を上回り、その他の科では「必要でない」が「必要だ」を上回った(80

8

ページ：図表 98)。

・受診した病名別には「がん」では「必要だ」が「必要でない」を上回り、「白内障・緑内障」ではほぼ拮抗していた。その他の病名では「必要でない」が「必要だ」を上回り、特に「必要でない」の割合が高かったのは「花粉症などのアレルギー症」「皮膚炎・湿疹」「高脂血症」であった(81ページ：図表 99)。

・「通院頻度」、「通院期間」、「診察内容満足度」では特段の特徴はなかった(82～84ページ：図表 100～102)。

・「診察時間の長さ」では、「長すぎる」「長い」「ちょうどよい」と答えた患者では「必要でない」が「必要だ」を上回り、「短い」と答えた患者ではほぼ拮抗していた(84ページ：図表 103)。

・「問診や身体診察の丁寧さ」については、「とても丁寧だった」「丁寧だった」「どちらともいえない」では「必要でない」が「必要だ」を上回り、「あまり丁寧ではなかった」ではほぼ拮抗していた(85ページ：図表 104)。

・「説明内容の丁寧さ」については特段の特徴はなかったが、「説明内容理解度」において「あまり理解できなかった」と答えた患者では、「必要でない」の割合が高かった(86、87ページ：図表 105、106)。

・施設側に対する望ましい「懇切丁寧な説明」の内容についての質問で、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを選択したのは病院、診療所ともに 15.4%であり、一方患者側に対して「懇切丁寧な説明」についての要望を尋ねたところ、「通院ごとにすべての項目を実施してほしい」を選択したのは 12.4%であった。(38ページ：図表 52(施設調査)、88ページ：図表 107)

・施設側に対する頻度別に見た「懇切丁寧な説明」を実施するべき項目についての質問では、「毎回」では病院・診療所とも「問診」が、「定期的」では病院では「生活上の注意や指導」、診療所では「治療方針についての説明」が、「患者が懇切丁寧な説明を求めた時」では病院・診療所とも「悩みや不安・疑問への対応」が、「医師が必要と判断した時」では病院では「治療方針の説明」、診療所では「処方案についての説明」がそれぞれ最も多かった。一方患者側で「懇切丁寧な説明」を実施して欲しい項目としては、「通院毎」、「定期的」、「症状に変化があったときのみ」、「自分が求めたとき」のいずれの場合においても「症状・状態についての説明」が最も多かった。(38ページ：図表 53(施設調査)、90ページ：図表 108)

・一方で、患者側の調査で、「自分が求めたとき」に「算定あり」の患者で多

9

くあった項目としては「症状・状態についての説明」「治療方針についての説明」に次いで「悩みや不安の相談」であったが、他の患者では「悩みや不安の相談」の順位はこの場合より低かった。(90ページ：図表 108)

(5) 検証部会としての評価

病院・診療所への調査では、外来管理加算の意識付けの見直しによって、加算を算定した施設数は診療所では内科が増えたものの眼科、耳鼻咽喉科が減少したため全体の算定施設数は減少した。病院では内科を中心に算定施設数は増えた。

また、病院、診療所における診療内容等について変化が見られたのは2～3割であり、一方で患者への調査では、総じて診療内容に変化があったと感じていないことが伺える。

しかしながら、病院・診療所への調査で変化が見られた選択肢のうち患者に説明をより分かりやすく、丁寧に行うようになった」について「あてはまる」という回答が他の診療内容等に関する選択肢と比較してやや多い点については、医師の意識面で患者にとって望ましい変化が見られたことが伺える。

他方、病院・診療所への調査で「患者一人当たりの診察時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」の選択肢について「あてはまる」旨の回答が比較的多く、施設および患者の負担が増えたと思われる施設が一定数存在することが分かった。

時間の目安について、患者の3割強が「時間の目安は必要だ」と回答したのに対し、6割弱が「時間の目安は必要でない」と回答した点については、患者は全体的には時間よりも内容や質を重視していることの現れであると見受けられる。一方、患者の属性によっては「必要だ」が「必要ではない」を上回る、あるいはほぼ拮抗している場合や、逆に「必要ではない」の割合が特に高い場合もある。調査結果の有効回答数の規模に十分留意しつつ、患者の属性や状況に着目する必要があることを示唆している。

算定要件において、望ましい「懇切丁寧な説明」の内容が具体的に例示されているが、今後の議論の際には、

- ・医療側、患者側ともに、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを10%台しか希望していないことや、
- ・例えば施設側では毎回実施するべき項目として「問診」、「身体診察」が多く挙げられているのに対し患者側では通院毎に実施してほしい項目として「症状・状態についての説明」が最も多く挙げられているなど、施設側と患者側で頻度別に見た「行われるべき「懇切丁寧な説明」の内容」が異なっていること、

10

を踏まえるべきである。

その際には、患者への調査で「自分が求めたとき」に実施してほしい項目こそ、患者のニーズがある項目と考えられるため、特に「算定あり」の患者で「悩みや不安の相談」の割合が比較的高いことに着目すべきである。

4 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、医療機関・医師、薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の施設の中から無作為抽出した保険薬局 2,000 施設、診療所 2,000 施設、病院 1,000 施設に対し、平成 20 年 11～12 月に調査票を発送。

<医師調査>

調査対象となった病院における診療科の異なる 2 名の医師を調査対象とした。

<患者調査>

調査対象となった保険薬局に 65 歳以上と 65 歳未満でそれぞれ男女 1 名ずつ、計 4 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

①保険薬局 発送数：2,000 施設 回収数：944 施設(回収率 47.2%)

(様式 2 に記載された処方せん枚数 7,076 枚(435 薬局分))

②診療所 発送数：2,000 施設 回収数：733 施設(回収率 36.7%)

③病院 発送数：1,000 施設 回収数：326 施設(回収率 32.6%)

④医師 回収数：431 人

⑤患者 回収数：1,717 人

(4) 主な結果

<保険薬局調査>

・平成 20 年 1 月から 12 月の各月の後発医薬品調剤率をみると、わずかながらも増加傾向がみられるとともに、標準偏差についても若干減少している傾向がみられる。(10ページ：図表 9)

・薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関のうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関の割合が 24.0%であった。(12ページ：図表 11)

・平成 20 年 12 月 1 か月間の処方せんにおける、1 品目でも後発医薬品を調

11

12

剤した処方せんの場合は44.0%であった。(17ページ：図表17) また「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が65.6%、「署名あり」が34.4%であった。(19ページ：図表19)

「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの場合は6.1% (平成19年度調査8.2%) であった。(19ページ：図表20 ※) 先発医薬品から後発医薬品への変更が出来なかった理由として、「処方せんに記載された全ての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていない」が10.2%、「患者が希望しなかった」が8.9%であった。(19ページ：図表20)

(※平成19年度調査では「後発医薬品への変更可」欄に署名等があった処方せんの場合は17.4%であった。したがって、「医師が後発医薬品への変更を認め、かつ、薬局で1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」の割合は、平成19年度調査では1.4% (17.4%×8.2%) であったが、今回の調査では4.0% (65.6%×6.1%) であった。)

後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」と回答した薬局が37.5%と最も多かった。(24ページ：図表27)

また、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「10%未満」と回答した薬局が24.2%と最も多かったが、他のいずれのカテゴリも10%程度から17%程度の間の回答割合があり、ばらつきが見られた。(25ページ：図表28)

後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、37.5%の薬局が「薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから」、35.6%の薬局が「後発医薬品に対する不安がある」と回答。(26ページ：図表29(単数回答))

後発医薬品調剤に関する考え方について、33.5%の薬局が「あまり積極的にには取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」がそれぞれ40.2%と最も多かった。(41ページ：図表46、47(複数回答))

12/8~12/14の1週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せんの薬剤料の変化をみると、記載銘柄で調剤した場合の薬剤料は754.5点であるが、実際に調剤した薬剤料は582.2点であり、記載銘柄で調剤した場合の77.2%となっていた。(43ページ：図表49)

<患者調査>

- 患者の72.3%は、後発医薬品を「知っている」と回答。(92ページ：図表104)
 - また患者の認知度は、年齢が高くなるに従って低くなる傾向がある。(93ページ：図表105)
 - 患者の61.2%は、医師や薬剤師から後発医薬品の「説明を受けたことがある」と回答。(98ページ：図表110)
 - 説明を受けた患者のうち、84.0%が説明された内容を「理解できた」と回答。(102ページ：図表114)
 - 後発医薬品の使用経験については、50.2%が「ある」と回答した一方、「ない」と回答した患者も46.4%であった。(105ページ：図表117)
 - 今後の後発医薬品使用に対する考えは、「できれば後発医薬品を使いたい」という患者が21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が19.4%であった。最も回答が多かったのは「後発・先発医薬品にこだわらない」で40.1%であった。(111ページ：図表123) また、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は、後発医薬品の使用経験のある人で31.4%、後発医薬品の使用経験がない人で11.2%であった。ただし、後発医薬品の使用経験のある人でも17.4%が「できれば先発医薬品を使いたい」と回答した。(113ページ：図表125) また後発医薬品を使用したことによる窓口での薬代の負担感に関する質問で「安くなった」を選択した患者では、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は46.7%であり、「できれば先発医薬品を使いたい」と回答した割合は7.9%であった。一方で、薬代が「それほど変わらなかった」患者では、34.6%の患者が「できれば先発医薬品を使いたい」と回答し、「できれば後発医薬品を使いたい」とした患者は14.9%であった。(115ページ：図表127)
 - 後発医薬品の使用に必要なことを尋ねたところ、「効果があること」(73.5%)、「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%)の順が多かった。(118ページ：図表130(複数回答))
- (5) 検証部会としての評価
- 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの場合は6.1%であるなど、後発医薬品の使用の広がりがあまり感じられない。33.5%の薬局が後

<診療所・病院・医師調査>

- 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」が最も多い(それぞれ39.0%、50.0%) (56ページ：図表66)。また、病院のDPC対応状況別にみると、「DPC対象病院」、「DPC準備病院」及び「DPC対応をしていない病院」における「後発医薬品があるものは積極的に使用」という回答割合は、それぞれ17.6%、17.6%及び36.3%であった。(57ページ：図表67)
- 病院における外来患者への院内投薬または院外処方せんを発行する際の対応方針として、「後発医薬品をほとんど使用しない」としている施設が、それぞれ16.6%及び4.9%であった。(61ページ：図表73、図表74)
- 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験について「ある」と回答した診療所の医師が42.4%、病院勤務医が35.5%であった。(65ページ：図表79) また、これらのうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合が10%未満であった医師の割合は診療所で42.2%、病院で34.0%であったが、一方で90%以上であった医師の割合が診療所で38.8%、病院で31.4%であり、医師の対応は両極化している。(65ページ：図表80)
- また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、診療所の医師、病院勤務医ともに約5割の医師が「品質が不安だから」(49.0%、51.0%)、約4割の医師が「先発医薬品を長く使用し信賴」(41.7%、40.5%)としている。このほか病院勤務医では「患者から強い要望があったから」(37.9%)、「効果や副作用の違いを経験したから」(28.1%)、「情報提供体制が不安だから」(26.8%)と続き、診療所の医師では「効果や副作用の違いを経験したから」(34.5%)、「どのような薬剤に調剤されるか心配」(30.6%)、「患者から強い要望があったから」(28.6%)となっていた(66ページ：図表81(複数回答))
- 医師の外来診療における後発医薬品の処方に関する考えは、「患者からの要望がなくても積極的に処方」が10.2%、「患者からの要望があっても基本的に処方しない」が14.7%であった。最も回答が多かったのは「特にこだわりがない」で71.1%であった。(74ページ：図表91)
- このうち、患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しないと回答した医師に、その理由をたずねたところ、「品質への疑問」(81.3%)、「効果への疑問」(66.7%)、「副作用への不安」(56.1%)等であった。(75ページ：図表92(複数回答))

後発医薬品調剤について「あまり積極的に取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」という回答が多く、また「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、約5割の医師が「品質が不安だから」と回答するなど、薬局も医療機関・医師もまだ後発医薬品に関する理解不足や不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。

医療機関・医師についてみれば、医師の処方行動について見ると、必ずしも後発医薬品の使用に消極的であるとの印象は受けにくい、一部の医療機関や医師において、後発医薬品を使用しないとの強い意思表示をしていることが見受けられる。保険医療機関及び保険医療費担当規則等において、投薬等を行うに当たって後発医薬品の使用を考慮する努力義務を規定していることを踏まえると、当該規定の周知や必要な指導などの対応が必要である。一方で、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、品質への不安や効果や副作用の違いを経験したとする医師が多いことは重視すべきである。

他方薬局については、「医師が後発医薬品への変更を認め、かつ、薬局で1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」の割合はまだ高くないものの、以前よりは高まっている。

しかしながら、処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ患者が希望しない等の理由がないにも関わらず、薬局において後発医薬品に変更していない割合が、74.8%とかなり高い。この数字には、薬局が一度先発医薬品を後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が当該後発医薬品に切り替えて処方している場合も含まれるが、このことを考慮しても、薬局における変更割合は未だ低いものと考えられる。その理由については在籍がなかった、あるいは患者に説明しなかった等が推測されるが、明確ではなく、後発品の使用に関するボトルネックが薬局にあるものと推測される。薬局側が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由として、「品質に疑問」「安定供給体制が不備」「近隣医療機関が使用に消極的」「効果に疑問」等を挙げているが、そうした説明が納得のいくものであるかどうかも含め、更に踏み込んで後発医薬品に変更していない原因を究明する必要がある。

保険薬局及び保険薬剤師療費担当規則において、後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者に対する後発医薬品に関する説明義務及び調剤の努力義務を規定していることを踏まえると、調査結果からは、薬局における後発医薬品についての説明及び調剤が十分でないと考えられ、当該規定の周知や必要な指導などの対応が必要である。

患者側に目を転じると、まずは後発医薬品の認知自体を進めていくことが課題ではないかと考えられる。特に年齢が高い患者ほど後発医薬品の認知度が低くなる傾向がある。後発医薬品に関する医師や薬剤師からの説明は患者の後発医薬品の認知や理解に重要な役割を果たしていることに鑑み、医師や薬剤師の間での後発品の利用促進に関する意識を高めていく必要がある。

また患者にも後発医薬品に対する完全な信頼はまだなく、漠然とした不安感のようなものがあるように見受けられる。後発医薬品使用に対する考え方において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が「使用経験なし」の患者より高いことから、実際の利用が後発医薬品の積極的な使用につながる面があると考えられる。また、薬代が安くなった患者における後発品使用の意向の相対的な高さを踏まえると、実際の経済的な負担についても後発医薬品の選択につながるのではないかと考えられる。

他方、後発医薬品を使用するにあたって必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」といった回答の割合は後発医薬品の使用の満足度の如何にかかわらず高いことから、更なる後発医薬品の信頼性の向上に努めるべきである。

以上のことに加え、現在、保険者が被保険者に対して「ジェネリック希望カード」の配布を進めていることを踏まえると、平成 21 年度においても継続調査を実施した上で、後発医薬品の使用が低調である要因をさらに調査する必要がある。

めが多く選択されている一方で、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」については「必要な検査等の見直しを行ったため」と「定期的な後発高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」が多く選択されていた。(9~14 ページ：図表 1-15、1-16)

・後発高齢者診療料の算定にかかる効果について、「ほとんど効果はない」と回答した施設が 3 割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については「きわめて効果がある」と「やや効果がある」を回答した施設をあわせるとそれぞれ 33.4%、37.5%あり、これら 2 つの項目については、算定患者を今後増やす予定の施設においても効果があるとしている割合が大きい。(15 ページ：図表 1-19、1-20)

・後発高齢者診療計画書の平成 20 年 8 月から 10 月の 3 ヶ月間の平均交付回数は、いずれの主病においても 1 回前後であった。また、計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であった。(17、18 ページ 図表 1-24、1-25)

・後発高齢者診療料を 1 人も算定していない施設が、算定を行っていない理由として、「患者が後発高齢者診療料を理解することが困難なため」、「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600 点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」が上位を占めた(複数回答)。(22 ページ：図表 1-30)

<患者調査>

・患者調査において、後発高齢者診療料の算定前後の通院回数、通院施設数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても、「変わらない」を選択した患者が 8 割弱~約 9 割を占めた。(27~31 ページ：図表 2-11、2-15、2-17、2-20、2-23)

・後発高齢者診療料の算定後のよかった点として、35.3%の患者が「治療方針などの今後のことがわかりやすくなった」、31.3%が「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」を選択した一方、31.8%が「よかったと思うことはない」を選択した(複数回答)。(33 ページ：図表 2-27)

・後発高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点として、49.7%の患者が「気になったり疑問に思ったことはない」とし、次いで 33.3%が「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」を選択した。(34 ページ、図表 2-29)

5 「後発高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1」の結果について

(1) 調査の目的

「後発高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化、後発高齢者診療計画書の作成状況、並びに「後発高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の後発高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設に対し平成 20 年 11 月に調査票を発送。

<患者調査>

調査の対象施設に 5 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：3,500 施設 回収数：1,112 施設(回収率 31.8%)

<患者調査>

206 件

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・回答医療機関のうち後発高齢者診療料を算定している医療機関は、10.5%であった。「算定あり」の医療機関は「算定なし」の医療機関と比較して、在宅療養支援診療所である割合が高かった。(5 ページ：図表 1-6、1-7)
- ・算定患者の通院回数や検査頻度などについて改定前後で「変化なし」と回答した施設が、いずれの主病においても 75%前後から 85%前後を占めている。また「3 ヶ月間の総通院回数」、「検尿の頻度」、「血液検査の頻度」、「心電図検査の頻度」については「増加」に比べて「減少」を選択した割合が多い一方、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「減少」に比べて「増加」を選択した割合が多い。その理由としては、「減少」が多かった項目のうち「検尿の頻度」、「血液検査の頻度」、「心電図検査の頻度」については「必要な検査等の見直しを行ったため」が多く、「3 ヶ月間の総通院回数」については「定期的な後発高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなった

- ・後発高齢者診療料の算定後に満足度が「とても満足」又は「満足」と思うようになったと回答した患者を合わせると 27.1%であった。その者が感じてよかったと思うこととしては約 6 割強が「治療方針など今後のこと」や「医師から受ける病状などの説明」がわかりやすくなったことを選択した。一方、後発高齢者診療料の算定後に満足度が「変わらない」と回答した患者が 71.4%であった。(36 ページ：図表 2-33、2-35)

(5) 検証部会としての評価

後発高齢者診療料の届出を行っている医療機関に対し調査を行ったが、実際には約 9 割が算定していなかった。理由としては、患者が後発高齢者診療料を理解することが困難な点や患者・家族から後発高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難な点、他の医療機関との調整が難しい点、あるいはコスト面での理由が指摘されており、今後の課題であると考えられる。また在宅療養支援診療所での算定割合の比率が高い点については、75 歳以上の患者が外来患者で多い、あるいは他の医療機関との連携に積極的な傾向があるといった理由が推測される。

施設調査で、後発高齢者診療料を算定している場合において、算定前後での総通院回数や検査回数の頻度については「変化なし」が約 7~8 割を占めている。また患者調査でも算定前後での通院回数、通院施設数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても「変わらない」との回答が多い。一方で、施設調査では総通院回数や機械を用いた検査回数の減少、生活機能検査や身体計測の増加といった傾向が見られる。減少や増加の理由として「定期的な後発高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」、あるいは「必要な検査の見直しを行ったため」が比較的多く挙げられている。

また、患者調査において算定後の「よかった点」について、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」等だけでなく、「よかったと思うことはない」という割合も高く、よくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在している。一方で満足度について、患者の 71.4%が「変わらない」と回答し、「不満」「とても不満」という回答が少なかった。

また患者調査において「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」という回答が多かったことや、施設調査で計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であったことは今後の検討に有益な情報となる。

一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。これは当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のもの

のであるため、制度発足から間もない時点での調査では限界があったのではないかと考えられる。

6 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況、終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況、及び終末期の話し合いや「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査及び事例調査>

全国の病院の中から無作為抽出した1,700施設、全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した850施設及び全国の内科系の診療科目を標榜する診療所850施設の計3,400施設を対象に平成20年11月に施設調査票及び事例調査票を送付。

<意識調査>

年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った20歳以上の2,000人を対象とした。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院 発送数：1,700施設 回収数：478施設（回収率28.1%）
診療所 発送数：1,700施設 回収数：471施設（回収率27.7%）

<事例調査>

病院 2,213件（136施設）
診療所 207件（70施設）

<意識調査>

発送数：2,000件 回収数：1,209件（回収率60.5%）

(4) 主な結果

<施設調査>

終末期の診療方針等の話し合いについては、病院の43.7%、在宅療養支援診療所の52.3%及びその他の診療所の21.8%が「実施している」と回答した。そのうち話し合い結果を取りまとめた文書を「一部提供している」又は「全て提供している」を選択した回答をあわせると、病院32.1%、在宅療養支援診療所18.8%及びその他の診療所の16.0%となっている。（6、8ページ：図

表1-8、1-11)

- 平成20年4月～9月までに75歳以上の患者に文書提供をしたと回答した61施設のうち、10施設が後期高齢者終末期相談支援料を「算定した」を選択した。（10ページ：図表1-14）
- 後期高齢者終末期相談支援料に関する意見として、話し合いを実施している施設において、病院の40.2%、在宅療養支援診療所の23.2%、その他の診療所の21.4%が「診療報酬で評価することは妥当である」を選択し、病院の29.7%、在宅療養支援診療所の33.0%、その他の診療所の14.3%が「終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきではない」を選択する一方、病院の5.3%、在宅療養支援診療所の6.3%、その他の診療所の10.7%は「診療報酬で評価するのは時期尚早である」、病院の22.0%、在宅療養支援診療所の38.4%、その他の診療所の39.3%は「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」を選択した。また話し合いを実施している病院の55.5%、在宅療養支援診療所の40.2%、その他の診療所の28.6%が「75歳以上に限定せず実施すべきである」、病院の49.3%、在宅療養支援診療所の31.3%、その他の診療所の17.9%が「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」を選択し、病院の23.4%、在宅療養支援診療所の15.2%、その他の診療所の7.1%が「後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる」を選択した。以上の結果はすべて話し合いを実施している施設による回答をまとめたものだが、話し合いを実施していない施設における回答は多くの項目でそれとは違っていた。（複数回答）（12ページ、図表1-17）

<事例調査>

- 事例調査において、平成20年4月～9月に行われた話し合いの回数を見ると「1回」（42.1%）が最も多かった。話し合い当たりの平均時間は28.6分（1回目）であったが、後期高齢者終末期相談支援料の算定患者のみで見ると、53.6分（1回目）であった。（17ページ：図表2-6、2-7）
- 話し合いに参加した職種をみると、「親族」が94.6%と最も多く、次いで「自院の医師」88.3%、「自院の看護職員」74.0%、「患者本人」17.7%であった。（18ページ：図表2-8）
- 話し合い後の患者本人や家族の様子についての設問で、「本人が話し合いに同席しなかった」と回答した事例が7割を超えていた（71.3%）。その残り（本人が話し合いに同席した場合）のうち、話し合い後の本人の様子について、「話

し合っよかった」（7.6%）又は「どちらかといえば、話し合っよかった」（4.8%）と、「わからない」（12.1%）がほぼ半々であった。一方で話し合い後の家族の様子については、78.3%が「話し合っよかった」又は「どちらかといえば、話し合っよかった」を選択した。（20ページ：図表2-10、2-11）

話し合いが患者・家族へもたらした影響として該当する項目を複数選択してもらったところ、「不安が軽減されたようだった」46.3%、「患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった」30.9%、「医療提供者への信頼が深まったようだった」24.5%という回答を得た。（20ページ、図表2-12（複数回答））

<意識調査>

- 終末期の治療方針等の話し合いについて84.7%が「話し合いを行いたい」を選択した。（24ページ：図表3-9）
- 「話し合いを行いたい」を選択した方々に、「話し合いの内容として」どのようなことを希望するかについて該当する項目を複数選択してもらったところ、「予測される症状の変化の説明」（89.6%）、「病状の変化に対応した医療上の対処方法」（86.6%）、「家族にかかる具体的負担の説明」（74.6%）、「費用についての相談・希望」（69.4%）、「介護や生活支援についての相談・希望」（53.9%）、「療養場所についての相談・希望」（52.4%）、「親期の時の迎え方の相談・希望」（46.7%）、「延命に関する相談・希望」（39.5%）という回答が得られた。（25ページ：図表3-11（複数回答））
- さらに「話し合いを行いたい」を選択した方々に、「話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供」の希望について質問をしたところ、72.3%が「希望する」を選択した一方で、12.2%が「希望しない」を選択した。（26ページ：図表3-13）
- 「医師や看護師、その他の医療従事者が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われること」についての質問に対して、診療費が支払われることは「好ましい」34.1%、「好ましくない」27.5%、「どちらともいえない」36.2%という結果になった。（28ページ：図表3-17）
- 「好ましい」を選択した方に対して、相談料の設定を「75歳以上という年齢に制限すること」についての考え方を尋ねたところ、「年齢区分は必要ない」

69.2%、「75歳以上という年齢区分が妥当」17.2%、「別の年齢区分を設けるべき」3.9%という回答であった。(29ページ：図表3-19)

(5) 検証部会としての評価

一般国民に対する意識調査においては、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合が84.7%と高かったが、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて好ましいと答えた者は34.1%、好ましくない27.5%、どちらともいえない36.2%、と意見が分かれた。好ましいと答えた者の69.2%が「年齢区分は必要ない」と答えていたことは注目に値する。また、実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られたことも指摘できる。

しかしながら、話し合いへの参加について、事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。また、一般国民に対する意識調査で文書の提供を「希望する」割合が72.3%と高い一方で、施設調査では、「文書は提供していない」割合が高く、医療機関側と一般国民の意識とのずれも明らかになった。

施設調査において、後期高齢者終末期相談支援料に関し該当する考えを尋ねた設問で、例えば「後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる」という選択肢について選んだ割合が、話し合いを実施している機関でも、病院で23.4%、在宅療養支援診療所で15.2%、その他の診療所で7.1%であるなど、医療機関の種別や、終末期の診療方針等の話し合いの実施の有無により様々な意見に分かれているなど、回答施設の属性により評価が分かれる傾向が見られた。

平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。

本調査では、終末期の治療方針等の話し合いに関して施設調査、事例調査、意識調査を行った。その意義は大きく、今後この問題を検討するにおいて参考にすべき事柄を多く提供してくれた。紹介した結果のみならず、最後につけた自由回答意見にも目を向けるべきである。